

Badanie zdolności do mentalizowania w procesie diagnozy psychiatrycznej i psychoterapeutycznej

Examining mentalizing ability in the process of psychiatric and psychotherapeutic diagnosis

Karolina Dejko

Katedra Psychiatrii, Wydział Lekarski UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J.K. Gierowski

Summary

The present paper discusses the problem of examining ability to mentalize in the psychiatric and psychotherapeutic diagnosis process. It is proved by the research results indicating significance of mentalization in the psychosocial functioning of an individual, the relation between the level of this ability and the appearance of the specific mental disorders and problems, and its role in the treatment process. The paper describes and analyses the classic tool for studying mentalization – Reflective Functioning Scale. The present paper points to the advantages of this tool – good reliability, high criterion and theoretical validity, enabling studying complexity of a phenomenon, and introduction of non-specific therapeutic factors into the diagnostic process. The limitations of the tool are also mentioned – high cost borne by a researcher and an examined person, the complexity of the interview collection and analysis procedure and the inability of repeated application of the tool to evaluate treatment effects. The paper also presents an alternative method of studying mentalization that uses questionnaire tools. The text describes the advantages of the questionnaire in assessing a reflective function: first and foremost, its low cost and an easy repeatability of the test. The paper also shows the limitations of this tool in describing the subject phenomenon: inability to describe the complexity of the phenomenon, simplified results and low theoretical validity.

Słowa klucze: diagnoza psychiatryczna, narracja, kwestionariusz

Key words: psychiatric diagnosis, narration, questionnaire

Znaczenie badania zdolności do mentalizowania w procesie diagnozy

Mentalizowanie definiowane jest jako umiejętność nadawania znaczenia działaniom własnym i innych osób przez odnoszenie się do intencjonalnych stanów umysłowych, czyli rozumienie ich w kategoriach myśli, przekonań, uczuć, pragnień itp. [1]. Innymi słowy, jest zdolnością do opracowywania emocji oraz organizacji własnego doświadczenia na poziomie symbolicznym. Mentalizowanie stanowi podstawę spójnej i stabilnej struktury osobowości oraz odgrywa kluczową rolę w rozwoju reprezentacji self [2]. Jest jednym z dojrzałych i złożonych mechanizmów regulacji emocjonalnej, zwiększa możliwości kontenerowania trudnych, intensywnych czy konfliktowych stanów emocjonalnych, zmniejsza tendencję do somatyzacji oraz impulsywnego odreagowywania emocji w działaniu [1]. Wspomaga adekwatne testowanie rzeczywistości, które polega na trafnym rozróżnianiu rzeczywistości zewnętrznej od własnych przekonań stanowiących jej reprezentację [3]. Tym samym umożliwia akceptację istnienia wielu perspektyw oraz sposobów rozumienia i przeżywania tych samych zdarzeń. Osoba cechująca się dobrze rozwiniętą zdolnością do mentalizowania nie reaguje impulsywnie, ale poddaje refleksji znaczenie zachowania drugiej osoby oraz możliwe konsekwencje podjętych przez siebie działań. Zdolność ta stanowi podstawę właściwego rozumienia złożonych zjawisk społecznych oraz umiejętność adekwatnego dostosowania się do wymagań stawianych w ramach interakcji międzyludzkich. Relacje społeczne stają się bardziej zrozumiałe i przewidywalne [4]. Wiąże się z tym wzrost poczucia bezpieczeństwa w kontaktach interpersonalnych, a wraz z tym wzrost poczucia własnej kontroli i sprawczości. Wskutek tego jednostka staje się bardziej autonomiczna, wewnątrzsterowna i niezależna [5].

Badania wykazują, że wysoki poziom zdolności do mentalizowania jest istotnym czynnikiem ochronnym powstawania zaburzeń psychicznych, natomiast niski jej poziom – czynnikiem ryzyka ich rozwoju [6]. Obserwuje się wyraźny związek między niskim poziomem zdolności do mentalizowania a ryzykiem rozwoju zaburzeń osobowości z pogranicza [1, 7, 8], nadużywaniem substancji psychoaktywnych [6], zachowaniami psychopatycznymi i agresywnymi [9], zaburzeniami psychosomatycznymi [10], zaburzeniami osobowości typu anankastycznego [11], zespołem lęku panicznego [12] oraz zaburzeniami psychotycznymi z kręgu schizofrenii [13, 14]. Bardziej złożony lub niejasny związek między poziomem funkcjonowania refleksyjnego¹ a rozwojem zaburzenia odnotowano w przypadku pacjentów leczonych na chroniczną depresję [6, 15] oraz zaburzenia odżywiania się [6, 16, 17]. Badania wykazały istotny związek między poziomem funkcjonowania refleksyjnego opiekuna a typem przywiązania oraz strukturą zachowania u dziecka, co może częściowo tłumaczyć, dlaczego u dzieci rodziców cierpiących na zaburzenia psychiczne z większą częstością diagnozuje się zaburzenia funkcjonowania [18, 19]. Ostatnią znaczącą funkcją mentalizowania w kontekście klinicznym jest jej wpływ na zdolność do nawiązania przymierza terapeutycznego, zaufania i podjęcia współpracy ze specjalistą, stosowania się do zaleceń

¹ W artykule pojęcia „mentalizacja”, „mentalizowanie” i „funkcjonowanie refleksyjne” stosowane są zamiennie.

oraz przyjmowania aktywnej postawy podczas leczenia. Badania wykazały, że wysoko rozwinięta zdolność do mentalizowania stanowi ważny czynnik wpływający na powodzenie psychoterapii prowadzonej w różnych paradygmatach oraz innych form leczenia psychiatrycznego [13, 20–22].

Zdolność do mentalizowania stanowi ważny czynnik utrzymujący i wzmacniający prawidłowe funkcjonowanie psychiczne jednostki. W związku z tym jej pomiar powinien być uwzględniony w ramach postępowania diagnostycznego w leczeniu psychiatrycznym i psychoterapeutycznym oraz realizowany na podstawie odpowiednio opracowanych narzędzi. Koncepcja mentalizacji wydaje się coraz bardziej znana i ceniona w polskim środowisku terapeutycznym. Publikacje, które ostatnio ukazały się w języku polskim [23, 24], poszerzają możliwości rozumienia zjawisk psychicznych właśnie w kategoriach tej koncepcji. Ważnym aspektem praktycznego jej zastosowania, który nie został jeszcze poddany eksploracji w polskim środowisku naukowym i klinicznym, jest sposób pomiaru, analizy, oceny i diagnozy zdolności, co stanowi cel niniejszego artykułu. W dalszej części opisane zostaną dwie metody badania zdolności – analiza narracji oraz kwestionariusz. Krytycznej analizie i dyskusji zostanie poddana możliwość ich zastosowania w praktyce.

Badanie mentalizacji za pomocą Skali Funkcjonowania Refleksyjnego

Klasycznym sposobem badania zdolności do mentalizowania jest pomiar poziomu funkcji refleksyjnej za pomocą Skali Funkcjonowania Refleksyjnego (SFR). Pojęcie funkcji refleksyjnej stanowi operacjonalizację zjawiska mentalizacji. Skalę stosuje się w analizie narracji uzyskanej w ramach wywiadu dotyczącego przywiązania osób dorosłych (ang. Adult Attachment Interview) [25]. Wywiad dotyczy głównie relacji z podstawowymi opiekunami² z okresu dzieciństwa. Wybór takiego tematu można uzasadnić tym, że mentalizowanie jest ściśle związane z systemem przywiązania kształtującym się w ramach relacji z obiektem przywiązania oraz w dużej mierze zależy od jakości tej więzi. Przywołanie wspomnienia konkretnych wydarzeń z dzieciństwa aktywuje kontekst, w którym kształtowała i realizowała się omawiana zdolność. Umiejętność ta rozwijana w kontekście relacji przywiązania pełni kluczową rolę w regulacji emocjonalnej oraz utrzymywaniu spójności reprezentacji self i struktury osobowości [2, 26]. Ocenie poddaje się sposób prowadzenia narracji, a nie jej treść, co jest spójne z założeniem, że mentalizacja jest zdolnością proceduralną, ukrytą (ang. implicit), w znacznej mierze automatyczną oraz głęboko zakorzenioną w strukturze osobowości [2]. Zakłada się przy tym, że narracja osoby badanej porządkowana jest na podstawie posiadanych przez nią reprezentacji siebie, drugiej osoby oraz relacji. Można przypuszczać, że jej struktura odzwierciedla strukturę tych reprezentacji, czyli ich wielość, złożoność, sposób powiązania, nasycenie emocjami (przede wszystkim lękiem) i dostępność.

Wysoko rozwinięte funkcjonowanie refleksyjne zakłada rozumienie złożoności i nieprzejrzystości stanów umysłowych, charakteru ich związków z zachowaniem,

² W artykule pojęcia „opiekun”, „obiekt przywiązania” i „rodzice” używane są zamiennie.

wpływu kontekstu rodzinnego i rozwojowego na ich kształtowanie oraz umiejętność dostrzegania, uznawania i znoszenia różnorodności perspektyw. Zakłada gotowość do rozumienia zachowań swoich i innych przez odnoszenie się do stanów emocjonalnych, wiedzy, intencji oraz gotowość do zastanawiania się nad emocjami przeżywanymi przez siebie i innych [25]. Przykładem jest fragment wypowiedzi na temat śmierci mamy: „Tym bardziej to przeżyłem, bo nie miałem doświadczeń wcześniej ze śmiercią człowieka. Pierwszy raz to zobaczyłem. Może dlatego. Poza tym wtedy chyba złość, nawet nie jakiś smutek, że mama odeszła, tylko złość, że jej się nie należało”³. Osoba badana stara się identyfikować i różnicować emocje oraz zgłębiać przyczyny ich pojawiania się. Stara się je zrozumieć przez odniesienie do wcześniejszych doświadczeń oraz tego, jak dane wydarzenie było przez nią interpretowane. Innym przykładem jest wypowiedź, która wskazuje na dostrzeganie różnic rozwojowych w uczuciach własnych i innych osób: „Bardzo długo spałem z mamą, ojciec się wtedy trochę złościł. Wtedy jeszcze nie wiedziałem, dlaczego się tak złości” lub na świadomość, że przeżywane uczucia mogą, ale nie muszą, być otwarcie wyrażane: „Byłem nerwowym dzieckiem, często się bałem, ale nie pokazywałem tego po sobie”.

Osoba o wysoko rozwiniętym funkcjonowaniu refleksyjnym spontanicznie i chętnie angażuje się w próbę rozumienia stanów umysłowych na podstawie obserwacji zachowania, podczas gdy osoba o niskim poziomie zdolności unika tego w sposób aktywny lub bierny [25]. O niskim poziomie zdolności do mentalizowania świadczą wypowiedzi, które mają charakter zbyt ogólny i schematyczny, pomimo że osoba badana proszona jest o opisanie konkretnych sytuacji: „P: Proszę opisać najwcześniejsze pamiętane przez pana wydarzenia związane z kontaktem z rodzicami. O: Rodzic zawsze był dokoła i kontakty się utrzymywało. Wiadomo, matka była najbliższa kontaktom. Wydaje mi się, że w relacjach między dzieckiem a matką zawsze ten kontakt jest bliższy.” Innym przykładem jest unikanie odnoszenia się do poziomu emocji w opisie swojej relacji z opiekunem: „Były dni słoneczne, dni ciepłe, nie było... ja tak spostrzegam, nie było w tym czasie dni deszczowych (śmieje się), chociaż były czasami zimne...”. Innym przykładem jest otwarte odrzucenie pytania wymagającego mentalizowania: „P: Czy czuje pan, że to doświadczenie może jakoś wpływa na pana obecnie, kiedy już pan jest dorosły? O: No oczywiście. Na pewno w jakiś sposób.... Czy w taki, czy w inny... Tylko proszę się nie pytać jak...”.

Badania wykazały satysfakcjonujące właściwości psychometryczne SFR. Rzetelność skali wynosi 0,59–0,91, co oznacza dobry lub bardzo dobry jej poziom [6, 18]. Trafność kryterialna narzędzia potwierdzona została w wynikach licznych badań wskazujących, że u osób z diagnozą zaburzeń psychicznych poziom zdolności jest niższy niż u osób zdrowych [27] oraz analiz porównujących otrzymane wyniki z wynikami innych narzędzi [18]. Koncepcja mentalizacji jest dobrze osadzona w teorii psychoanalitycznej, koncepcji przywiązania oraz psychologii rozwojowej, jej założenia zostały sformułowane na podstawie licznych badań empirycznych [28]. Kluczowym atutem opisywanego narzędzia jest fakt, że jego zastosowanie korespon-

³ Wszystkie przytoczone przykłady pochodzą z badań własnych.

duże z teoretycznymi założeniami dotyczącymi zjawiska mentalizacji, umożliwiając badanie zdolności o charakterze proceduralnym, czyli w dużej mierze takiej, która jest nieświadoma oraz automatyczna. Metoda wywiadu stwarza możliwość pogłębionej analizy doświadczeń życiowych osoby badanej, sposobu ich opracowywania, czyli organizacji i nadawania osobistych znaczeń, oraz tego, jak osoba badana reguluje powstające wtedy napięcie. Ponadto narzędzie to może spełniać nie tylko funkcje diagnostyczne, ale i terapeutyczne, ponieważ w trakcie wywiadu osoba badana proszona jest o opisanie swoich doświadczeń, czyli opracowanie ich na poziomie symbolicznym.

Pierwszym ograniczeniem praktycznego zastosowania opisywanego narzędzia jest koszt ponoszony zarówno przez osobę prowadzącą wywiad, jak i osobę badaną. Uwzględnia się w tym koszty finansowe szkolenia oraz czasowe – sam wywiad trwa 45–75 minut, jego transkrypcja i analiza może wymagać kilku godzin pracy. Ponadto osoba dokonująca diagnozy sama musi cechować się wysoko rozwiniętą funkcją refleksyjną [29]. Ponieważ ocena wywiadu jest w dużej mierze subiektywna, a nie wszystkie kryteria skali są wystarczająco dobrze opisane, od osoby badającej wymaga się dużej wrażliwości i doświadczenia w prowadzeniu tego typu diagnostyki. Koszty ponoszone przez osobę badaną to koszty czasowe oraz emocjonalne – w trakcie wywiadu poruszane są trudne wspomnienia dotyczące doświadczeń opuszczenia, bólu, smutku. Zawarte w protokole wywiadu pytania pozostawiają przestrzeń na przywołanie pozytywnych doświadczeń (troski, opieki, pocieszenia), ale nie kierują w sposób celowy na nie uwagi. Kolejnym ograniczeniem obecnie jest małe rozpowszechnienie narzędzia. Wydaje się, że przede wszystkim ze względów wyżej opisanych SFR nie jest szeroko stosowana, a w bliskiej przyszłości być może będzie dostępna jedynie w dużych ośrodkach kliniczno-badawczych. Brak szerokiego zastosowania może mieć niekorzystny wpływ na rozwój koncepcji oraz metody badania. Trzecie ograniczenie związane jest z zastosowaniem tak złożonego narzędzia w celu oceny postępów leczenia [1]. O ile z uwagi na wyżej opisane zalety zastosowanie SFR w ramach procesu diagnostycznego jest możliwe oraz wydaje się korzystne, o tyle jego użycie do celów oceny zmian w terapii wydaje się dość kłopotliwe. Pytanie o doświadczenia, które były wielokrotnie poruszane i przepracowywane w trakcie leczenia, może wydawać się nienaturalne i w konsekwencji dostarczać danych, które nie odzwierciedlają aktualnego poziomu zdolności. Dodatkowo zaangażowanie emocjonalne terapeuty oraz wielość informacji uzyskiwanych w wyniku rozmów i obserwacji pacjenta w trakcie leczenia mogą w znaczny sposób zniekształcać jego zdolność do obiektywnej oceny materiału uzyskanego w ramach wywiadu. Ostatnie zastrzeżenie wobec zastosowania tej metody w praktyce klinicznej dotyczy jej użycia w diagnozie osób o ograniczonych zasobach poznawczych lub małej zdolności do integracji własnych doświadczeń oraz tendencji do dekompensacji.

Badanie mentalizacji metodą kwestionariuszową

Opisane ograniczenia badania mentalizacji metodą analizy narracji mogą wskazywać na potrzebę opracowania narzędzi bardziej ekonomicznych oraz prostszych

w użyciu. Próbę taką podjęto w kilku ośrodkach, które w ostatnich latach opublikowały wyniki badań dotyczących kwestionariusza do pomiaru zdolności do mentalizacji. Obecnie baza PubMed zawiera raporty z prac nad następującymi kwestionariuszami: Mentalization Questionnaire (MZQ) [27], Reflection Functioning Questionnaire for Youths (RFQY) [30] i Mental States Task⁴ (MST) [29, 31]. W literaturze pojawiają się również wzmianki o kwestionariuszu, opracowywanym przez autorów koncepcji mentalizacji oraz SFR, o nazwie Reflection Functioning Questionnaire (RFQ), jednak obecnie nie ma jeszcze ogólnodostępnych materiałów źródłowych [30].

Raporty z badań nad właściwościami psychometrycznymi kwestionariuszy wskazują na satysfakcjonujący poziom rzetelności mieszczący się między 0,66 a 0,81 (alfa Cronbacha). Dane dotyczące trafności kryterialnej opisywanych narzędzi również wykazały jej satysfakcjonujący poziom [27, 29, 30]. Dobre właściwości psychometryczne są niezaprzeczalną zaletą opisywanych narzędzi oraz stanowią podstawę do dalszych badań nad ich rozwojem. Kolejnym pozytywem kwestionariuszy jest ich ekonomiczność. Dotyczy to zarówno nakładów finansowych i czasowych ponoszonych przede wszystkim przez osobę badającą, jak i stopnia zaangażowania emocjonalnego, które wymagane jest od osoby badanej. Jest to metoda łatwo powtarzalna, może być stosowana do częstej oceny postępów leczenia. Stworzenie możliwości odniesienia się do własnych zachowań i postaw związanych z mentalizacją stanowi dodatkowe źródło informacji, będące ważnym uzupełnieniem danych pochodzących z perspektywy obserwatora (diagnosty). Kolejnym ważnym atutem jest przydatność w badaniu osób niezdolnych do uczestniczenia w wywiadzie z powodu różnych ograniczeń (trudność w ekspresji werbalnej, trudność w utrzymaniu uwagi na jednym zadaniu przez dłuższy czas, silne pobudzenie psychomotoryczne itp.). Być może kwestionariusze mogą stanowić ważne narzędzie służące do pomiaru mentalizacji, podobnie jak ma to miejsce w badaniach nad stylem przywiązania u osób chorych na schizofrenię [32].

Pierwszym rodzajem ograniczeń narzędzi kwestionariuszowych do badania mentalizacji są bariery natury praktycznej. Obecnie dostępne są wyniki pierwszych badań nad właściwościami psychometrycznymi omawianych narzędzi, w ramach których analiza została zrealizowana na kilku homogenicznych próbach i konieczne jest jej powtórzenie na próbach bardziej licznych oraz zróżnicowanych [27, 29, 30]. Ich zastosowanie w praktyce klinicznej będzie możliwe dopiero po dokonaniu adaptacji i normalizacji kwestionariuszy do polskich warunków, co wydaje się perspektywą dość odległą. Drugie zastrzeżenie jest natury merytorycznej i dotyczy zakresu zjawiska mierzonego przez kwestionariusze. Wydaje się, że prosty, składający się z kilkunastu pozycji kwestionariusz nie umożliwia efektywnego pomiaru zjawiska mentalizacji. Przykładowo – wyniki analiz psychometrycznych MZQ wykazały, że narzędzie to nie potrafi uchwycić złożoności badanej zdolności, kiedy

⁴ MST jest narzędziem skonstruowanym na podstawie koncepcji Stanów Umysłowych (ang. mental states), której autorami byli S. Lecours, M.A. Bouchard i wsp., w znacznym stopniu pokrywającej się z koncepcją mentalizacji, której autorami byli P. Fonagy, M. Target, H. Steele i M. Steele. Obecne są jednak pewne różnice między obiema konceptualizacjami [31].

ta realizowana jest na poziomie dojrzałym [27]. Co więcej, uzyskujemy informację na temat poziomu zdolności, ale nie wiemy dlaczego mieści się ona właśnie na tym poziomie. Na podstawie wyników kwestionariusza nie możemy zbadać również tego, jak dany poziom mentalizacji wpływa na zdolność do organizacji doświadczenia, poziom regulacji emocjonalnej oraz adekwatność testowania rzeczywistości. Innymi ważnymi danymi, których nie uzyskamy w wyniku badania kwestionariuszowego, jest to, jaki sens osoba badana nadaje udzielanym przez siebie odpowiedziom oraz jakie znaczenie ma brak odpowiedzi w odniesieniu do poszczególnych pozycji. Trzecie zastrzeżenie związane jest z trafnością teoretyczną omawianych narzędzi. Pomiarowi prawdopodobnie poddawane są procesy, które jedynie w pewnym zakresie pokrywają się z mentalizowaniem. Omawiane kwestionariusze składają się z takich pozycji jak: „Zazwyczaj nie lubię rozmawiać z innymi o moich myślach i uczuciach”, „Rozmawianie o uczuciach sprawia, że stają się coraz bardziej intensywne”, „Często nie potrafię panować nad swoimi uczuciami”, „Często nie wiem, co się we mnie dzieje”, „Kiedy spodziewam się krytyki, odczuwam coraz silniejszy lęk” [27]. Taka metoda badania z pewnością nie umożliwi pomiaru zdolności o charakterze proceduralnym, automatycznym, działającej przede wszystkim na poziomie nieświadomym, jaką zgodnie z założeniami jest mentalizacja [2]. Czwarte zastrzeżenie związane jest z możliwymi zniekształceniami odpowiedzi. W wyniku działania zmiennej aprobaty społecznej, wpływu mechanizmów obronnych, braku wglądu [33], niskiej motywacji, utrwalonych postaw, potrzeb lub procesu chorobowego [27] subiektywna ocena formułowana przez osobę badaną może być w znacznym stopniu zniekształcona. Być może nieuzasadnione jest założenie leżące u podłoża metod kwestionariuszowych, że osoba badana posiada zdolność do dokonania właściwej samooceny w odniesieniu do doświadczeń emocjonalnych w kontekście bliskiej więzi. Górską-Michałowską [33] wskazuje, że w związku z tym w badaniu kompetencji emocjonalnej i zdolności samoregulacji obecnie stosuje się przede wszystkim testy lub eksperymentalne próby zdolności.

Podsumowanie

W ocenie możliwości oraz korzyści wynikających z zastosowania różnych narzędzi służących do pomiaru mentalizacji należy uwzględnić kryteria natury merytorycznej oraz praktycznej.

Po pierwsze – oprócz zbadania rzetelności i trafności kryterialnej należy rozważyć, czy narzędzie cechuje się wystarczającą trafnością teoretyczną, czyli czy mierzy zdolność taką, jak opisuje ją teoria. Mentalizacja jest zdolnością bardzo złożoną, proceduralną, w dużej mierze automatyczną oraz specyficzną dla kontekstu danych doświadczeń i relacji. Tego typu założenia spełniane są w ramach badania SFR, w niewielkim stopniu w ramach badania kwestionariuszowego. Należy podkreślić, że satysfakcjonująca trafność kryterialna nie jest wystarczająca, by stwierdzić użyteczność narzędzia w pomiarze określonego zjawiska.

Po drugie – kryteria natury technicznej, takie jak ekonomiczność, prostota i wydajność narzędzia, wskazują na przewagę kwestionariuszy nad analizą narracji. Dzi-

siaj oba sposoby pomiaru są jednakowo trudno dostępne, choć w przyszłości może nastąpić zmiana na korzyść badań kwestionariuszowych. Kolejne kryterium natury praktycznej związane jest z dylematem między efektywnością i oszczędnością pomiaru a złożonością oczekiwanych wyników. Sposób rozwiązania tego dylematu z pewnością zależy od realiów praktyki klinicznej (na przykład czas przeznaczony na diagnozę). Z drugiej strony dostrzeżenie i wzmacnianie aspektów terapeutycznych obecnych już w procesie diagnostycznym przemawia na korzyść badania mentalizacji metodą wywiadu i analizy narracji.

Piśmiennictwo

1. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. World Psychiatry 2010; 9: 11–15.
2. Target M, Fonagy P. *Attachment and reflective function: Their role in self-organization*. Dev. Psychopathol. 1997; 9: 679–700.
3. Spitzer C, Barnow S, Armbruster J, Kusserow S, Freyberger HJ, Grabe HJ. *Borderline personality organization and dissociation*. Bull. Menninger Clin. 2006; 70(3): 210–221.
4. Fonagy P, Steele H, Steele M, Holder J. *Attachment and theory of mind: Overlapping constructs?* Association for Child Psychology and Psychiatry, Occasional Papers 1997. 14; 31–40.
5. Fonagy P, Target M. *Early intervention and the development of self-regulation*. Psychoanal. Inq. 2002; 22(3): 307–337.
6. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, i wsp. *The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy*. J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 64(1): 22–31.
7. Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman A. *The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence*. Psychoanal. Inq. 2003; 23: 412–459.
8. Fonagy P, Luyten P. *A developmental mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder*. Dev. Psychopathol. 2009; 21: 1355–1381.
9. Taubner S, White L, Zimmermann J, Fonagy P, Nolte T. *Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence*. J. Abnorm. Child Psychol. 2013; 41: 929–938.
10. Vanheule S, Verhaeghe P, Desmet M. *In search of a framework for the treatment of alexithymia*. Psychol. Psychother. 2011; 84(1): 84–97.
11. Dimaggio G, Carcione A, Salvatore G, Nicolo G, Sisto A, Semerari A. *Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal psychotherapy*. Psychol. Psychother. 2011; 84(1): 70–83.
12. Rudden M, Milrod B, Target M, Ackerman S, Graf E. *Reflective functioning in panic disorder patients: a pilot study*. J. Am. Psychoanal. Assoc. 2006; 54(4): 1339–1343.
13. MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Fisher R. *Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample*. Psychol. Psychother. 2011; 84: 42–57.

14. Brent B. *Mentalization-based psychodynamic psychotherapy for psychosis*. J. Clin. Psychol. 2009; 65(8): 803–814.
15. Taubner S, Kessler H, Buchheim A, Kachele H, Staun L. *The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression*. Psychiatry 2011; 74(1): 49–57.
16. Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban R, Gur E, Stein D. *Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior*. J. Nerv. Ment. Dis. 2010; 198(7): 501–507.
17. Pedersen SH, Lunn S, Katznelson H, Poulsen S. *Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2012; 20(4): 303–310.
18. Fonagy P, Steele H, Steele M. *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age*. Child Dev. 1991; 62: 891–905.
19. Chlebowski SM. *The borderline mother and her child: A couple at risk*. Am. J. Psychother. 2013; 67(1): 153–164.
20. Gullestad FS, Johansen MS, Hoglend P, Karterud S, Wilberg T. *Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders*. Psychother. Res. 2013; 23(6): 674–689.
21. Muller C, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R. *The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure*. Psychol. Psychother. 2006; 79(4): 485–494.
22. Fonagy P, Bateman A, Bateman A. *The widening scope of mentalizing: A discussion*. Psychol. Psychother. 2011; 84: 98–110.
23. Adamczyk L. *Mentalizacja. Cz.1: Wprowadzenie do zagadnienia, wymiary mentalizacji*. Psychoterapia 2013; 3(166): 25–36.
24. Adamczyk L. *Mentalizacja. Cz.2: Neurofizjologiczne podłoże mentalizacji, pojęcia zbliżone zakresem i znaczeniem do mentalizacji, przedmentalizacyjne tryby funkcjonowania psychicznego, ocena mentalizacji*. Psychoterapia 2013; 3(166): 37–46.
25. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. *Reflective-functioning manual*. Version 5. London: University College London; 1998.
26. Holmes J. *John Bowlby*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
27. Hausberg MC, Schulz H, Piegler T, Happach CG, Klopfer M, Brutt AL. i wsp. *Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ)*. Psychother Res. 2012; 22(6): 299–309.
28. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of self*. London: Karnac; 2002.
29. Beaulieu-Pelletier G, Bouchard MA, Philippe FL. *Mental States Task (MST): Development, validation, and correlates of a self-report measure of mentalization*. J. Clin. Psychol. 2012; 69(7): 671–695.
30. Ha C, Sharp C, Ensink K, Fonagy P, Cirino P. *The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits*. J. Adolesc. 2013; 36: 1215–1223.
31. Bouchard MA, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay LM, Schachter A. i wsp. *Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared*. Psychoanal. Psychol. 2008; 25(1): 47–66.
32. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. *Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis*. Behav. Res. Ther. 2008; 46: 1275–1282.

33. Górską-Michałowska M. *Rola straty i separacji od rodzica w rozwoju kompetencji emocjonalnych i interpersonalnych u młodych dorosłych*. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: Uniwersytet Warszawski; 2013.

Adres: Karolina Dejko
Katedra Psychiatrii, Wydział Lekarski UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A

Otrzymano: 12.03.2014
Zrecenzowano: 29.04.2014
Otrzymano po poprawie: 1.06.2014
Przyjęto do druku: 27.04.2015